

УДК 616.14-002.2-005.6-008.64-089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯВЛЕНИЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АУТОВЕНОЗНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ НА АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ И ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ФЕМОРАЛЬНЫЙ ФЛЕБОТРОМБОЗ

*Приходько Т. М., Лызиков А. А., Тихманович В. Е.,
Каплан М. Л., Панкова Е. Н., Мушинский В. И.*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Протезная инфекция продолжает оставаться одной из наиболее тяжелых клинических проблем в сосудистой хирургии. Когда сосудистые хирурги сталкиваются с этой проблемой, для ее решения они могут использовать ряд техник оперативного лечения, в частности прибегают к удалению протеза в сочетании с дебридментом прилегающих к зоне инфицирования артерий, и при недостаточном коллатеральном кровоснабжении к экстраанатомическому шунтированию, использованию криоконсервированного трансплантата, протеза импрегнированного антибиотиком или аутовенозной пластике [1, 3]. Наилучшие результаты дает аутовена, так как она обладает всеми свойствами идеального протеза, в частности: трехслойное строение, наличие эндотелия и механические свойства, сходные с таковыми у артерии [4]. Но, не смотря на это, аутовенозная реконструкция является менее используемой из-за технической сложности процедуры и опасений развития нарушений венозного оттока. Если риск технических сложностей уменьшается по мере роста мастерства хирурга, то выраженность венозной недостаточности после забора бедренной вены требует пристального изучения.

Цель

Провести комплексную оценку явлений венозной недостаточности у пациентов после аутовенозной реконструкции на аорто-бедренном сегменте и у пациентов перенесших феморальный флеботромбоз с помощью шкалы Виллалта. Определить наличие различий в степени венозной недостаточности у пациентов после аутовенозной реконструкции на аорто-бедренном сегменте и у пациентов перенесших феморальный флеботромбоз.

Материал и методы исследования

В данной статье проанализированы результаты обследования 25 пациентов, которым с сентября 2010 по сентябрь 2018 гг. на базе отделения сосудистой хирургии УЗ ГОККЦ была проведена аутовенозная реконструкция с использованием бедренной вены. Контролем служили 24 пациента проходившие лечение на базе отделения сосудистой хирургии УЗ ГОККЦ по поводу феморального флеботромбоза с мая 2017 по май 2018 гг.

Сравниваемые группы обладали следующими демографическими характеристиками. Распределение по полу в первой группе — все пациенты мужского пола (100 %). Во второй группе распределение по полу следующее: 62,5 % мужчин и 37,5 % женщин. Распределение по возрасту в первой группе 59 (55;64), во второй группе 59,5 (53,75; 63), рисунок 1.

После выполнения аутовенозной реконструкции все пациенты находились под наблюдением и в интервале между 1 и 12 месяцами (в среднем 6 месяцев) были вызваны для обследования. Пациенты после перенесенного феморального флеботромбоза также были вызваны для обследования в сроки от 6 месяцев до 12 месяцев после перенесенного флеботромбоза.

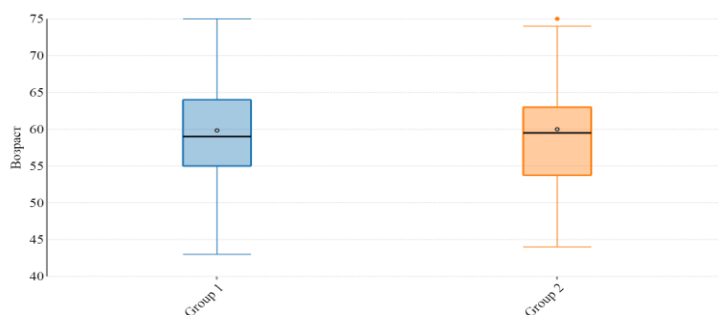


Рисунок 1 — Распределение пациентов по возрасту

Венозная недостаточность-комплексное состояние, для которого характерен ряд субъективных и объективных симптомов (признаков). Для определения наличия и тяжести венозной недостаточности использовалась шкала Виллалта [2, 5]. Оцениваемые симптомы и признаки отображены в таблице 1. Сумма баллов от 0 до 4 свидетельствует о отсутствии венозной недостаточности, от 5 до 9 — о легкой степени венозной недостаточности, от 10 до 14 — о средней степени венозной недостаточности, 15 и более — о тяжелой степени венозной недостаточности. Наличие венозной язвы относит пациента в группу тяжелой венозной недостаточности.

Также у пациентов первой группы оценивались компенсация оттока венозной крови в условиях «отсутствующей» бедренной вены, наличие варикозной трансформации поверхностных вен и тромбоза глубоких вен, а у пациентов второй группы степень реканализации глубокой венозной системы, состояние клапанного аппарата глубоких вен и наличие варикозной трансформации поверхностных вен посредством выполнения дуплексного сканирования на аппарате Philips iU 33 с линейным датчиком с частотой 5 МГц и в избранных случаях флебографии (таблица 1).

Таблица 1 — Шкала Виллалта

Симптом/степень проявления	Отсутствует	Легкие проявления	Средние проявления	Выраженные проявления
Боль	0	1	2	3
Судороги	0	1	2	3
Тяжесть	0	1	2	3
Парестезии	0	1	2	3
Зуд	0	1	2	3
Отек	0	1	2	3
Гиперпигментация	0	1	2	3
Варикозная трансформация	0	1	2	3
Гиперемия	0	1	2	3
Индурация	0	1	2	3
Боль при компрессии	0	1	2	3

Для определения наличия различий в степени венозной недостаточности у пациентов двух групп использовался хи-квадрат Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка статуса пациентов по шкале Виллалта, включающей 5 субъективных и 6 объективных признаков, проводилась с выставлением каждому из пациентов баллов от 0 до 3, соответственно силе проявления симптома или признака. В первой группе из 25 пациентов лишь у 1 (4%) пациента средняя степень венозной недостаточности, у 7 (28 %) — легкая степень венозной недостаточности, у 17 (68 %) пациентов явлений недостаточности не обнаружено. Процентное соотношение отображено на рисунке 2.

Во второй группе из 24 пациентов у 1 (4,2 %) пациента тяжелая степень венозной недостаточности, у 2 (8,3 %) — средняя степень венозной недостаточности, у 9 (37,5 %) — легкая степень венозной недостаточности, у 12 (50 %) пациентов явлений недостаточности не обнаружено. Процентное соотношение отображено на рисунке 3.

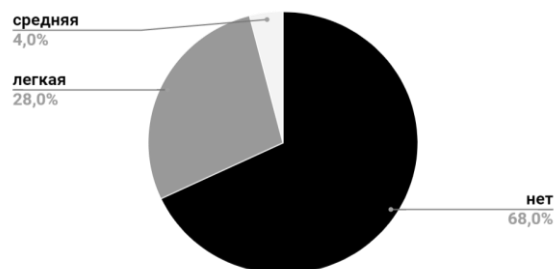


Рисунок 2 — Распределение пациентов по степени венозной недостаточности

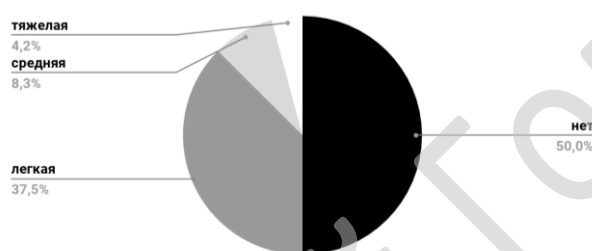


Рисунок 3 — Распределение пациентов по тяжести венозной недостаточности

Для контроля за состоянием поверхностной и глубокой венозных систем в послеоперационном периоде проводилось дуплексное исследование. В первой группе данные за флеботромбоз глубоких вен голени обнаружены в 6 случаях, в 1 случае — тромбоз подкожных вен, в 4 случаях исследование не проводилось из-за смерти пациентов в раннем послеоперационном периоде. Флебография проводилась в 2-х случаях, данных за флеботромбоз не обнаружено, отток крови компенсирован по глубокой и поверхностной венозной системам. Во второй группе в 16 случаях по данным УЗИ наблюдался ПТФС, в 6 случаях — вторичный варикоз, в 5 случаях — не обнаружено патологии.

Согласно критерию хи-квадрат Пирсона равному 1,6, при числе степеней свободы 1 и уровне значимости $p = 0,05$, при сравнении с критическим значением (3,841) статистических различий между двумя группами пациентов не обнаружено.

Выводы

1. В отдаленном периоде в основной (первой) группе явления венозной недостаточности объективно меньше.
2. В отдаленном периоде в контрольной (второй) группе явления венозной недостаточности наблюдались в 50 % случаев.
3. Значения выявленных при комплексной оценке симптомов и признаков венозной недостаточности в целом, а также степень венозной недостаточности в группе пациентов после феморального флеботромбоза и после забора бедренной вены статистически незначимы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pantaloon femoral vein graft as «neoaorta» in infected aortic disease / Himanshu Verma [et al.] // Journal of Vascular Surgery. — 2015. — № 62. — P. 1083–1088.
2. Scoring systems for the post-thrombotic syndrome / Arany Soosainathan [et al.] // Journal of Vascular Surgery. — 2013. — № 57. — P. 254–261.
3. Expanded application of in situ replacement for prosthetic graft infection / D. F. Bandyk [et al.] // Journal of Vascular Surgery. — 2001. — № 34. — P. 411–419.
4. Лызигов, А. А. Аутологичная вена как протез сосуда / А. А. Лызигов // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — Т. 24, № 2. — С. 132–139.
5. Strijkers, R. H. W. Villalta scale: goals and limitations / R. H. W. Strijkers, C. H. A. Wittens, S. R. Kahn // Phlebology. — 2012. — № 27, Suppl. 1. — P. 130–135.